

## School Based Health Center/ Centro de Salud Escolar Móvil Información del Estudiante

Padre/Guardián Legal (Nombre y Apellido) 1.	Relación:	Fecha de Nacimiento:	
Padre/Guardián Legal (Nombre y Apellido) 2..	Relación:	Fecha de Nacimiento:	
Estudiante (Nombre y Apellido) 3.	Género: M / F	# de Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Ubicación de la Escuela: 4.	Distrito Escolar:		

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número Alternativo \_\_\_\_\_ Nombre de Contacto Alterno \_\_\_\_\_

Información de Seguro Médico del Estudiante: **Marque todo lo que aplique**

Seguro Médico Privado    Seguro Dental    Medi-Cal    No Cobertura    Otro

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ ID/# de Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ ID/# de Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Blanco    Hispano/Latino    Afro-Americano    Nativo Americano    Asiático

Islas del Pacífico    Multi-Racial    Otro: \_\_\_\_\_    Declina a contestar

1. ¿Eres o has sido paciente de Camarena Health?    Si    No

2. ¿Es Camarena Health el proveedor de cuidado primario del estudiante?    Si    No

3. ¿Le gustaría aplicar para nuestro Programa de Descuento?    Si    No

4. ¿En los últimos 2 años, usted o alguien de su familia, trabajo en algún tipo de agricultura ( trabajo de campo) como:    Si    No

Plantando, cosechando, preparando la tierra, en un empacadora, manejando una camioneta para cualquier trabajo relacionado con la agricultura, o con ganado, etc.?

5. ¿En los últimos 2 años, usted o alguien de su familia vivió fuera de su hogar para trabajar en la agricultura?    Si    No

6. ¿Usted o alguien de su familia han dejado de migrar para trabajar en la agricultura debido a discapacidad o edad?    Si    No

**Preguntas Medicas Sobre el Estudiante:**

1. ¿Está el Estudiante tomando medicamentos? (Incluyendo medicamentos sin receta)    Si    No

**Si es así, liste todos los medicamentos:** \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene el Estudiante alguna alergia?    Si    No

**Si es así, liste todas las alergias:** \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su farmacia preferida? Nombre: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

(Padre o Guardián Legal)

Fecha: \_\_\_\_\_

School Based Health Center/ Centro de Salud Escolar Móvil  
Formulario de Consentimiento de los Padres

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ # de Estudiante: \_\_\_\_\_

Por favor, marque al lado del lugar donde su hijo/a y su familia accederán atención:

Madera: Centro de Salud de la Escuela Secundaria Matilda Torres \_\_\_\_\_ Mariposa: Unidad Móvil de Salud Escolar \_\_\_\_\_  
Centro de Salud de la Escuela Secundaria Madera South \_\_\_\_\_

Autorizo a un médico o personal designado por el centro de salud a proveer los siguientes servicios de acuerdo a todas las leyes federales y estatales:

- Si  No **Servicios Médicos:** exámenes físicos completos, manejo de enfermedades agudas y crónicas, exámenes físicos para deportes, escuela y empleo, vacunas, primeros auxilios, chequeos de la visión y oído, exámenes de laboratorio (anemia, orin), y referencias a un nivel de atención más alto como sea apropiado
- Si  No **Servicios Dentales:** exámenes dentales, rayos-x-, limpiezas, selladores, tratamientos de fluoruro, rellenos, extracciones, tratamiento de nervio y coronas
- Si  No **Servicios de Consejería/Terapia:** manejo de crisis, depresión, ansiedad, modificación del comportamiento, terapia enfocada en soluciones, asuntos de relaciones y familia, estrés, baja auto-estima, problemas de su imagen, desorden de alimentación, y otros problemas de la salud del comportamiento

Doy mi consentimiento para el intercambio de la información médica de mi hijo/a entre el distrito escolar y Camarena Health School Based Health Center o con la Unidad Móvil de Salud Escolar de Camarena Health con el propósito de proporcionar los servicios que he autorizado anteriormente. Este intercambio de información médica debe ser bi-direccional entre el distrito escolar y Camarena Health. Entiendo que el expediente médico del estudiante en Camarena Health se mantendrá como un expediente confidencial y separado del expediente de la escuela, pero se puede compartir con otros proveedores de salud con el propósito del cuidado de salud y tratamiento de mi hijo/a.

Entiendo que mi hijo/a no recibirá servicios en Camarena Health School Based Health Center a menos que un formulario de consentimiento esté en su expediente. Entiendo que en cualquier momento puedo retirar este consentimiento a través de un aviso escrito durante la inscripción escolar de mi hijo/a. De lo contrario, será vigente durante el transcurso de la asistencia de mi hijo/a en la escuela.

Autorizo a Camarena Health School Based Health Center a compartir información sobre el tratamiento a terceras personas, personas con el propósito de facturación, o por cualquier motivo que pueda ser requerido para cumplir con los estatutos y regulaciones de acuerdo con la práctica médica aceptada. Entiendo que yo soy responsable por recargos/pagos no cubiertos por mi compañía de seguro.

**\*\*\*POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS DEBEN ESTAR ACOMPAÑADOS POR UN PADRE O TUTOR, INCLUSO SI ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESTÁ EN EL ARCHIVO DE CAMARENA HEALTH Y EL DISTRITO ESCOLAR.**

Nombre del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Por favor, entregue las dos páginas a la enfermera de la escuela de su hijo/a o escanéelas y envíelas por correo electrónico a [MobileHealth@camarenahealth.org](mailto:MobileHealth@camarenahealth.org)